



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)
ການກວດສອບຮະດັບຂອງຄວາມຕ້ອງການດ້ານຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອອຸດໜູນຕ່າງໆໃນປະຈຸບັນ
ຕາມວິທີກວດສອບຂອງ ICF/MR

CHILD'S ASSESSMENT OF ICF/MR LEVEL OF CARE CURRENT SUPPORT NEEDS

(ສໍາຮັບອາຍຸແຕ່ເກີດຈົນ ເຖິງ 12 ປີ)

ຊື່:	ເລກ DDD	ມັ້ນທີ່ເລີ່ມຖືກສະໜັບນຳສິ່ງ ຫລືທີບທວນປະຈຳປີ		
<ul style="list-style-type: none"> • ເດັກນ້ອຍເລັ້ມແຕ່ເກີດຈົນເຖິງຫ້າ (5) ປີ ຕ້ອງມີຫ້າ (5) ໃນເກົ້າ (9) ແຫວ່າເຫຼືອໄວ້ ຕາມການໝາຍຂອກດ້ວຍຮູບດາວ ** • ເດັກນ້ອຍອາຍຸທຶນ (6) ປີ ເຖິງສີບສອງ (12) ປີ ຕ້ອງມີເຈັດ (7) ໃນເກົ້າ (9) ແຫວ່າເຫຼືອໄວ້ ຕາມການໝາຍຂອກດ້ວຍຮູບດາວ ** 				
* 1. ເດັກຕ້ອງການງ່າຍ່ວຍເຫຼືອແນວໃດແດ່ໃນການນຸ່ງເຄື່ອງແລະແຕ່ຜົມແຫຼ່ງວິດຕາມທີ່ເດັກຄົນອື່ນອາຍຸສໍາດ້ວກັນຝ່ຽວດັບໄດ້?				
<input type="checkbox"/> A ຕ້ອງການຊ່ວຍເຕັມທີ່ ໃນການຊ້ວານຊູທາງຮ່າງກາຍ, ຝຶກຝົນຢ່າງໃກ້ຊົດແລະ/ຫລື ຊ່ວຍມີໃນການນຸ່ງເຄື່ອງ ແລະແຕ່ຜົມ.	<input type="checkbox"/> B ຕ້ອງການຊ່ວຍຝັ້ນກາງ ໃນການເຊີດຊູທາງຮ່າງກາຍ ແລະຫລືຝຶກຝົນແລະ/ຫລືຊ່ວຍ ນີ້ໃນການນຸ່ງເຄື່ອງ ແລະ ມີໃນການນຸ່ງເຄື່ອງ ແລະ ແຕ່ຜົມ.	<input type="checkbox"/> C ຕ້ອງການຕັກເຕືອນ ຫລືກະຕຸນໃຈທັນທີໃນການ ນຸ່ງເຄື່ອງແລະແຕ່ຜົມເອງ ນີ້ໃນການນຸ່ງເຄື່ອງ ແລະ ມີໃນການນຸ່ງເຄື່ອງ ແລະ ແຕ່ຜົມ.	<input type="checkbox"/> D ເໝາະສົມກັບອາຍຸ (ອາດຊ່ວຍທາງດ້ານຮ່າງ ກາຍ)ໃນນຸ່ງເຄື່ອງແລະ ແຕ່ຜົມເອງ.	
* 2. ເດັກຕ້ອງການງ່າຍ່ວຍເຫຼືອແນວໃດແດ່ໃນການໃຊ້ຫ້ອງນໍ້າເອງຕາມທີ່ເດັກຄົນອື່ນອາຍຸສໍາດ້ວກັນຝ່ຽວດັບໄດ້?				
<input type="checkbox"/> A ຕ້ອງການຊ່ວຍເຕັມທີ່ ໃນການເຊີດຊູທາງຮ່າງກາຍ, ຝຶກຝົນຢ່າງໃກ້ຊົດແລະ/ຫລື ການໃຊ້ຫ້ອງນໍ້າເອງ.	<input type="checkbox"/> B ຕ້ອງການຝັ້ນກາງໃນການ ຊ່ວຍຊູທາງຮ່າງກາຍ, ການຝຶກ ຝົນນາຕາຖານແລະ/ຫລືຊ່ວຍໃນ ການດູແລ່ທັນມະດາ.	<input type="checkbox"/> C ຕ້ອງການຕັກເຕືອນຫລື ຄວາມກະຕຸນທັນທີ.	<input type="checkbox"/> D ໃຊ້ຫ້ອງນໍ້າເອງຫລື ນີ້ໃນການຊ່ວຍທາງດ້ານຮ່າງ ກາຍເພື່ອໃຊ້ຫ້ອງນໍ້າເອງ.	<input type="checkbox"/> E ຖືກຕາມວັນອາຍຸ.
* 3. ເດັກຕ້ອງການງ່າຍ່ວຍເຫຼືອແນວໃດແດ່ໃນການກິນອາຫານເອງຕາມທີ່ເດັກຄົນອື່ນອາຍຸສໍາດ້ວກັນຝ່ຽວດັບໄດ້?				
<input type="checkbox"/> A ຕ້ອງການຊ່ວຍເຕັມທີ່ ໃນການຊ້ວານຊູທາງຮ່າງກາຍ, ຝຶກຝົນຢ່າງໃກ້ຊົດແລະ/ຫລື ການຮັກສາປະຈຳວັນ.	<input type="checkbox"/> B ຕ້ອງການຊ່ວຍຝັ້ນກາງ ໃນການເຊີດຊູທາງຮ່າງກາຍ, ຝຶກຝົນຢ່າງທັນມະດາ ແລະ/ຫລືຊ່ວຍມີໃນການ ຮັກສາທັນມະດາ.	<input type="checkbox"/> C ຕ້ອງການຊ່ວຍມັນມະດາ ບາດການກິນແລະ ການປາກິດໜ້າຕອນກິນ ໃນແບບການເຕືອນແລະ ການກະຕຸນໃຈທັນທີ.	<input type="checkbox"/> D ເໝາະສົມກັບອາຍຸ (ອາດຊ່ວຍທາງດ້ານຮ່າງ ກາຍ)ໃນການກິນ.	

* 7. តែងតាំងរាជ្យទូទៅនឹងការបង្កើតរឹងចាំសម្រាប់ប្រជាពលរដ្ឋនៃប្រជាជាតិ។

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
ព័ត៌មានរបស់ខ្លួន និងការងារដែលបាន ផ្តល់ទៅអ្នកគាំទូ និងអ្នកគាំទូ។ ការងារនេះមិនមែន ជាប្រព័ន្ធផ្លូវការណ៍ ដែលមានចំណាំខ្លួន ទៀត។	ព័ត៌មានរបស់ខ្លួន និងការងារដែលបាន ផ្តល់ទៅអ្នកគាំទូ និងអ្នកគាំទូ។ ការងារនេះមិនមែន ជាប្រព័ន្ធផ្លូវការណ៍ ដែលមានចំណាំខ្លួន ទៀត។	ព័ត៌មានទូទៅពី ការងារដែលបានផ្តល់ ទៅអ្នកគាំទូ។ ការងារនេះមិនមែន ជាប្រព័ន្ធផ្លូវការណ៍ ដែលមានចំណាំខ្លួន ទៀត។	ព័ត៌មានទូទៅពី ការងារដែលបានផ្តល់ ទៅអ្នកគាំទូ។ ការងារនេះមិនមែន ជាប្រព័ន្ធផ្លូវការណ៍ ដែលមានចំណាំខ្លួន ទៀត។	ព័ត៌មានទូទៅពី ការងារដែលបានផ្តល់ ទៅអ្នកគាំទូ។ ការងារនេះមិនមែន ជាប្រព័ន្ធផ្លូវការណ៍ ដែលមានចំណាំខ្លួន ទៀត។

* 8. เด็กต้อุปกรณ์ฯ อุ่นห้องวิดีโอด้วยวิธีใดๆ ในงานกิจกรรมวันวิ่งวัดล้อมตามที่เด็กกิจกรรมอื่นๆ อยู่สำหรับวันนี้?

* 9. เด็กต้อภิภานครอย่างเหลือเชื่อในงานเลื่อนไหวไปตามที่เด็กกลุ่มนี้พยายามทำได้?

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
เด็กจำต้องมีภารกิจที่ทำกับ สุขภาพซึ่งสอนให้มีผลดี ป้องกันโภชนาคหรืออาชีว ป่างบังคับมีลักษณะเช่น. เด็กต้องทำงานซึ่งทำกับ สุขภาพจากนักวิชาชีพ (ทุกอาชีวศึกษาเดือน) เป็นประจำ.	เด็กต้องทำงานตามภารกิจ สุขภาพประจำวันและหลัง ทำภารกิจให้ดีที่สุด รับภารกิจที่ได้รับมา.	เด็กต้องทำงานความสะอาดบันช สะอาดบันชประจำวันและหลัง ทำภารกิจให้ดีที่สุด รับภารกิจที่ได้รับมา.	เด็กต้องทำงานครรภ์สา ฝึกปฏิบัติและทดลอง ภารกิจที่ทำกับความต้อง ^{การ} ภารกิจด้านสุขภาพจาก ระบบรักษาสุขภาพ ประจำอยู่ใน.	เข้าดำเนินต่อภารกิจที่รัก ^{การ} สาเพื่อส่งผลดีความต้อง ^{การ} ภารกิจทำบัญชีและสุขะ ^{การ} พากผู้มีได้รับจากภาระ บินรักษาสุขภาพประจำ ประจำอยู่ใน.

* 10. เด็กต้อ炬งานງຊ່ວຍເຫຼືອແນວໃດແດ່ໃນການເລື່ອນໃຫວໄປມາຕາມທີ່ເດັກຄົນອື່ນອາຍສຳດົກວັນພຽດໄດ້?

๑๑. ถ้าต้องการงานที่ตอบโจทย์อ่อนแหนง่ายได้ดีก็ให้ในงานที่เข้าสู่ผู้บุคคลทุกคนที่ต้องการลูกค้าที่มีความต้องการที่ต้องการ

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
ໄອກາດການມີສ່ວນປະກອບ ຕໍ່ຊື່ວິດຄອບຄົວແມ່ນເຂັ້ມງັນ ຄົນອື່ນທັງໝົດໃນການຮັກ ສາ, ການແປປິດບາດຂອງ ເດັກຕໍ່ສະມາຊຸກຄອບຄົວ ຄົນອື່ນ.	ຕ້ອງການໆຈຸ່ຍຫລາຍ ໃນຮູບການທຸກວັນ/ ທຸກອາທິດ ໃນການຄົດຄົນ ໄອກາດໃຫ້ເປັນທີ່ປະຈັກໃນ ຖານເປັນສະມາຊຸກຄອບຄົວ ຜູ້ມີສ່ວນປະກອບແລະ ມີຄວາມຮັບຜິດຊອບຕ່າງໆ.	ຕ້ອງການໆຈຸ່ຍພຳຜ້ານກາງ ໃນຮູບການໆຈັດແປປຸປະ ກອນ, ການອົບຮົມແລະ/ ຫລືການເຕືອນໃນການ ເຫັນວ່າເປັນສະມາຊຸກ ທີ່ມີສ່ວນປະກອບແລະ ຮັບຜິດຊອບຕ່າງໆ.	ຕ້ອງການໆຈຸ່ຍດໝູນໜັ້ນບ ດຽວໃນການເຫັນຕົນເອງ ໃຫ້ຄົນອື່ນເຫັນວ່າເປັນສະ ມາຊຸກຄອບຄົວຜູ້ໜຶ່ງ ທີ່ມີການປະກອບສ່ວນ ແລະມີຄວາມຮັບຜິດຊອບ	ບໍ່ຕ້ອງການໆຈຸ່ຍດໝູນໃນ ການສ້າງຄວາມສໍາພັນ ອັນດີພາຍໃນຄອບຄົວ.

12. เด็กต้องการเงินอุ่นๆ ว่ายานมีอย่างไรในงานศึกษาตามที่เด็กสนใจ เช่น อายุสักกี่ขวบ กันฟรีแล้วได้?

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
ຄອບຄົວນີ້ຄວາມຕ້ອງການ ຄວາມອຸດໝູນຫລາຍ. (ຄອບເປັນຕອນພັກບັນເທິາ ຢູ່ບ້ານ) ເຜື່ອການສືບຕໍ່ຖຸດ ຫຼຸນຊ່ວຍດ້ານຮ່າງກາຍຫັງ ໝົດເຜື່ອໃຊ້ແຫ່ງຊ່ວຍ ເຫຼືອຕ່າງໆ.	ຕ້ອງການໃຫ້ຊ່ວຍຝຳສ້ານກາງ -ຄອບຄົວຕ້ອງຄົ້ນຄິດຫາ ວິທີຕ່າງໆເຜື່ອໃຫ້ແດກໄດ້ ໃຊ້ແຫ່ງຊ່ວຍເຫຼືອຕ່າງໆ ແກ່ແດກຕາມຂອດຂັ້ນອາຍ ໝົດເຜື່ອໃຊ້ແຫ່ງຊ່ວຍ.	ຕ້ອງການໃຫ້ຊ່ວຍໜ້ອຍດຽວ. -ຄອບຄົວອາດຢາກໃຫ້ແນະນຳ ວິທີຕ່າງໆເຜື່ອໃຫ້ແດກໄດ້ ໃຊ້ແຫ່ງຊ່ວຍເຫຼືອຕ່າງໆ ແກ່ແດກທີ່ນີ້ຢູ່ເປັນປົກກະຕິ ຢູ້ນັ້ນແລ້ວ.	ບໍ່ຕ້ອງການໃຫ້ຊ່ວຍ. ແລະ/ຫຌື້ ຕາມຂັ້ນອາຍ. ໃຊ້ແຫ່ງຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ນີ້ ເປັນປົກກະຕິຢູ່ແລ້ວ.

13. เด็กต้องการงานซ่อมยานพาณิชย์ใดแตกในความชำนาญทางชั้นอายุที่เด็กคุณอ่อนอายุสักวันสองวันนั้นได้?

14. เด็กต้องการซุ่มจ่ายเงินเดือนว่าได้แต่งในกานนี้โอกาสได้ชัลล์กับเด็กที่บ่ผิดกานอีกๆ

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
ເນື້ອທາງະບົກການຊຸດໝູນ, ເຊັ່ນຮະບົບຕ້ອງຈັດ ຕັ້ງໄຄງການຕ່າງໆທີ່ ຮັດໃຫ້ມີປະຕິກິຣິບາໄຕ ຕອບກັບດັດກໍອືນທີ່ບໍ່ພິການ, ແລະໄຄງການຕ່າງໆ.	ຕ້ອງການຄວາມຊຸດໝູນ ຜ້ານກາງ ເຊັ່ນຝ່າມ ຕ້ອງຄືດຄົນວິທີສ້າງໄອກາດ ເພື່ອວ່າຝ່າມ່ອດຖານຄໍາ ແນະນໍວ່າຈະຮັດແນວ ໄດ້ຈຶ່ງຄໍານວຍຄວາມສະ ດວກຕ່າງໆໄດ້. ຮະບົກການ ອາດຮັດໃຫ້ໄຄງຮາງການ ຊຸດໝູນ ເຊັ່ນການຂົນສົງ. ບໍ່ມີຂອບຈຳກັດ-ສື່ງແວດລ້ອມ ການທີ່, ເປັນຕົ້ນ.	ຕ້ອງການຄວາມຊຸດໝູນ ໜ້ອຍດຽວ. ເຊັ່ນການຄວບຄຸມ ບາງຢ່າງ. ພ່າມ່ອດຂໍການ ຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຂະບາຍ ຂອບເຂດການພົວພັນກັບ ດັດກໍອືນ, ເພື່ອເປັນການ ພົວພັນທີ່ແໜ່ງສົມ.	ບໍ່ຕ້ອງການການຊຸດໝູນໃດໆ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຈັດການສໍານວນ/ແຫລ່ງການຊ່ວຍເຫຼືອ

ວັນທີ

INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THE NEEDS ASSESSMENT

1. Who determines ICF/MR level of care eligibility for waiver services?

A CRM or Social Worker is qualified to determine ICF/MR level of care eligibility. One or the other of these persons must sign the referral form at the end of the form to certify that the individual requires ICF/MR level of care.

2. How often must the ICF/MR level of care assessment be completed?

This assessment must be completed within 90 days of the initial referral date and at the time of the annual reassessment.

3. Can providers complete the ICF/MR level of care Supports Needs Assessment form?

No. They can give input to the CRM as to what they feel the current level of need is for that person. However, it is the CRM's responsibility to do the assessment, using the appropriate support needs assessment based on the best information available to him or her.

4. How do I answer questions if none of the choices accurately describe the person?

You can only choose one of the answers provided. **Do not add new boxes or new answers.** If the question is "not applicable," mark the lowest score and write an explanation in comments.

5. What assessment items must be addressed on the Plan of Care (POC)?

All assessment answers that are in BOLD on the form, must be addressed in the POC.

6. What if the score is too low to indicate ICF/MR level of care?

CRM Responsibilities:

- A. A supervisor/designee review is required to ensure the accuracy of the Current Support Needs Assessment.
- B. If, after review, the score is too low, answer questions #1, #3, #11, #18 and #19 on form 15-168. These questions identify Health and Welfare needs that are not addressed in 15-170A. Answer only these questions. Responses must be based on what is expected of others of the same age. Give specific examples to substantiate the choice selected. If any of the above answers are a bolded item, the support needs counts as one point toward the required score on 15-170A.
 - Attach 15-168 to the Waiver Eligibility Determination Checklist (10-274) regardless of the score.
 - If the score is sufficient to substantiate ICF/MR level of care, forward 15-168, 15-170A, and 10-274 to your Waiver Coordinator/regional designee.
 - The Waiver Coordinator/designee will review the packet and present the case to the ICF/MR level of Care Committee.
- C. If the score is still less than required, request additional documentation that provides evidence of the need for waiver services.
 - WAC 388-845-0085(2) This additional information may include occupational therapy (OT), physical therapy (PT), psychological, nursing, social work, speech and hearing, or other professional evaluations that reflect current needs.
- D. Review documentation and clearly identify any evidence to support need for waiver services.
- E. Give your Waiver Coordinator/regional designee the 10-274 and attach all documentation from steps B, C, and D.:
 - Waiver Coordinator/designee will review packet and present case to the ICF/MR level of Care Committee.

ICF/MR Level of Care Committee Responsibilities:

- A. The committee will determine if the documentation supports ICF/MR level of care eligibility.
- B. If the documentation supports ICF/MR level of care eligibility:
 - The decision will be recorded on Question #1 of form 10-274.
 - The Waiver Program Manager/designee will sign and date on the dotted line next to the question.
 - All supporting documentation shall remain attached. The Waiver Eligibility Determination form will be returned to the CRM for completion..
- C. What if the ICF/MR Level of Care Committee makes a determination that this individual does not meet ICF/MR level of care criteria?
 - The decision will be recorded on Question #1 of form 10-274.
 - The Waiver Program Manager/designee will sign and date on the dotted line next to the question.
 - All supporting documentation shall be attached. The Waiver Eligibility Determination form will be returned to the CRM.

7. Does the client have a right to appeal a determination that they do not meet ICF/MR level of care?

The client has a right to appeal:

- If the individual is requesting initial enrollment on a waiver send form 15-283 "HCBS Waiver Enrollment Request Notice of Denial".
- If the individual is currently on a waiver, send 10-298 "Notification of Termination From DDD HCBS Waiver".

8. Can there be an exception to policy for people when neither their assessment score nor supporting documentation indicate ICF/MR level of care?

No. This is a waiver requirement there are no exceptions to CMS rules.